93

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Jena.

Stanford University Library
DEC 24 1907

Über die Beziehungen der Appendicitis zu den weiblichen Adnexorganen.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät der Universität Jena

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Max Bettmann
approb. Arzt

aus Geisa.

JENA
Druck von Bernhard Vopelius
1906.

1

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Jena. Referent Prof. Dr. Franz.

JENA, den 16. Juni 1906.

Dr. **Stintzing,**
d. Z. Dekan.

Ich versichere hiermit an Eidesstatt, daß ich außer der angeführten Literatur und den erwähnten Krankengeschichten fremde Hilfe nicht in Anspruch genommen habe.

Max Bettmann.

Meinem lieben Vater

und dem

Andenken meiner verstorbenen Mutter

in Dankbarkeit und Verehrung.

Das Krankheitsbild der Appendicitis und ihre Behandlung hat im Verlauf der letzten Jahre das Interesse der Ärztewelt und der Laien in erhöhtem Maße für sich in Anspruch genommen. Für die Annahme, daß während dieses Zeitraumes re vera eine Mehrung der Appendicitiden eingetreten sei, wie manche Autoren anzunehmen geneigt sind, läßt sich wohl kein nachhaltiger Beweis erbringen. Eine Erweiterung der Diagnosenstellung hat zweifelsohne stattgehabt. Die Erfahrungen, die wir durch die operative Behandlung der Appendicitis gesammelt haben, sind in der Hinsicht fördernd gewesen.

Meiner Abhandlung sollen diejenigen Fälle zu Grunde liegen, die gleichzeitig und vor allem den Gynäkologen beschäftigen und von ihm der Operation unterzogen werden. Sie sind nicht etwa versehentlich dem Messer des Bauchchirurgen entgangen. Sie gehören ins Grenzgebiet der Chirurgie und Gynäkologie; sie interessieren hauptsächlich den Gynäkologen. Sie sind gerade die unklaren und zweifelhaften, die oft eine exakte Diagnose nicht zulassen, die neben den Erscheinungen der Appendicitis gleichzeitig eine Erkrankung des Genitals aufweisen, und die oft nur reine Appendicitisfälle sind, während man dem Krankheitsbild nach eher eine Genitalerkrankung vermuten sollte.

Von diesen Fällen schließe ich von vornherein diejenigen aus, bei denen gelegentlich einer Laparatomie gewissermaßen prophylaktisch der processus vermiformis rese-

ziert wurde. Solchen 75 Fällen im Verlauf von fast 2 Jahren stehen ca. 20 gegenüber, wo Appendix und die weiblichen Adnexe gleichzeitig pathologische Veränderungen zeigten oder wenigstens vermuten ließen.

Auf die anatomischen Lagebeziehungen zwischen Wurmfortsatz und den weiblichen Adnexen näher einzugehen, kann ich mir wohl erlassen; ich verweise unter anderem auf die Arbeit von Hermes und die Dissertationen von Klein und Krüger über dasselbe Thema, in denen diese Verhältnisse eingehend gewürdigt werden.

Was das Vorkommen der Appendicitis betrifft, so sind verschiedene Autoren der Ansicht, daß das Weib in einem geringeren Prozentsatz von ihr befallen werde als der Mann.

Es entfallen nach

Sonnenburg	von	212	Fällen	auf	Frauen	85 = 40 %
Riedel	„	313	„	„	„	114 = 37 %
Rotter	„	671	„	„	„	186 = 27 %
Talamon	„	80	„	„	„	28 = 35 %
Hermes	„	1577	„	„	„	628 = 40 %
Treub	„	677	„	„	„	186 = 27 %

Nach Einhorn und Schlafke steht die Frequenz der Appendicitis beim Weibe hinter der beim Manne nicht zurück.

Als Grund dafür, daß das weibliche Geschlecht ein geringeres Kontingent für die Erkrankung stellt, sieht man die besseren Ernährungsverhältnisse des weiblichen Appendix an, indem ihm durch das ligamentum Clado s. ovarico-appendiculare noch eine besondere Arterie zugeführt wird. Außerdem ist, wie Hermes nach Treub berichtet, durch die große Anzahl von Lymphgefäßen, die sich durch das Ganglion retrocoecale und das ligamentum latum ergießen, eine schnellere und vollständigere Ableitung der septischen Stoffe, die zur Entzündung des Wurmfortsatzes geführt haben, gewährleistet. So kann man sich sehr wohl vorstellen, daß eine große Anzahl von Entzündungen des

Appendix, die unter weniger günstigen Bedingungen vielleicht zu schweren Ernährungsstörungen der Perforation oder Gangrän geführt hätten, auf diese Weise zur raschen Resorption gelangen können.

Fränkel glaubt die Prädilektion des männlichen Geschlechts für die Appendicitis nicht mehr aufrecht erhalten zu können, da man beim Weib irrtümlicherweise die häufigen peritonitischen Attacken ausschließlich auf Erkrankungen des Sexualapparates zurückgeführt habe.

Landau vertritt in seiner Monographie den anderen Standpunkt. Er ist der Ansicht, „daß die Appendicitis in ihren originären, sei es schweren akuten oder mehr chronischen Formen bei Männern sicherlich häufiger sei als beim Weibe, daß dagegen die Appendicitis der Weiber allermeist charakterisiert ist durch die von außen an den Proc. vermiformis herantretende Entzündung. (Periappendic.)"

Eine interessante Rolle bei der Ausbreitung der Entzündung, sei sie ascendierend von den Adnexen auf den Appendix oder umgekehrt descendierend, spielt das oben erwähnte Lig. Clado, wenigstens in der Diskussion.

Während in einem Teil der Arbeiten die Ansicht vertreten wird, daß dies Ligament den einzigen oder doch hauptsächlichsten Ausbreitungsweg darstelle, wird von anderer Seite seine Existenz vollkommen in Abrede gestellt. Barnsby hat es bei 127 Autopsieen nicht ein einziges Mal finden können. Jedenfalls wird seine Bedeutung überschätzt. Auch ohne sein Vorhandensein steht, wie Klein schreibt, doch das Coecum mit seinem Anhang durch das lig. latum mit den rechtsseitigen Adnexen in so direkter Beziehung, daß eine Übertragung der Erkrankung beinahe natürlich erscheint.

Wenn nun auch die Statistiken prozentualiter weniger Appendicitisfälle für das Weib aufweisen, so ist damit das Urteil noch nicht endgiltig gesprochen. Sie führen ja nur die zur Operation gekommenen auf. Um eine einwands-

freie Statistik zu haben, bedürfte es einer Zusammenstellung aller Erkrankungen an Appendicitis überhaupt. — Vielleicht trägt auch die Diagnosenstellung ihren Teil der Schuld, indem teils Appendicitiden fälschlich als Adnexerkrankungen gedeutet, teils bei gleichzeitig bestehenden Adnexerkrankungen nicht mit diagnostiziert werden, weil ihre Erscheinungen nur geringe sind und die Symptome von Seiten des Sexualapparates so augenfällig in den Vordergrund treten. „Die Appendicitis ist eben eine eminent chronische Erkrankung, die sich oft über eine Reihe von Jahren hinziehen kann, ohne jemals erhebliche Beschwerden zu machen, bis dann der akute Anfall dem Stadium der Latenz ein Ende macht und zu den bekannten schweren Störungen führt.“ Es gehört jedenfalls ein guter Diagnostiker dazu, um die Diagnose exakt ohne Zweifel zu stellen. Oft sind alle klinischen Symptome der einen Erkrankung in typischer Weise vorhanden, aber beinahe ebenso oft bereitet uns der Operationsbefund eine Enttäuschung.

Nicht umsonst verweisen Peters, Mary, Routier und viele andere, besonders französische und englische Autoren immer wieder darauf, daß man in allen Fällen, wo man entzündliche Veränderungen an den Adnexen der rechten Seite wahrnähme, an eine Möglichkeit der Miterkrankung des Appendix denken solle.

Über die verschiedenen Stadien der Appendicitis und die differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten, die diese Stadien mit den verschiedenen Adnexerkrankungen bieten können, hat sich Hermes des Näheren ausgesprochen.

Ich glaube infolgedessen darüber hinweg gehen zu können und lasse nun eine Reihe von Krankengeschichten folgen von Fällen, die in der hiesigen Frauenklinik im Verlauf von 2 Jahren beobachtet und der Operation unterzogen worden sind.

Ich möchte vor allem auf die Frage eingehen: „Welches ist der primäre Sitz der Erkrankung, Appendix oder Ad-

nexe?“ Die Mehrzahl der Gynäkologen steht auf dem Standpunkt, daß die Entzündung häufiger von der Tube ausgehe und sekundär erst den Wurmfortsatz mit hineinzöge.

1. Fall. Frau Ida M., Kaufmannsw., 42 J., aufg. 5. III. 03, entl. 24. V. 03, geheilt.

Anamnese: Pat., die seit 7 Jahren durch den Tod ihres Mannes und pekuniäre Verluste hochgradig angegriffen war, auch an allgemeinen heftigen Nervenschmerzen litt, erkrankte Mitte August vorigen Jahres an heftigem Fieber und Schmerzen der r. Seite, mußte 8 Tage zu Bett liegen und hatte seitdem ständig diese Beschwerden. Derartige Anfälle wiederholten sich nochmals Mitte November und Februar. Der behandelnde Arzt nahm Blinddarmentzündung an und schickte die Pat. zu Herrn Prof. Krönig nach Leipzig. Daselbst wurde per vaginam ein Abszeß eröffnet, drainiert und Pat. nach 17 Tagen entlassen, mit der Aufforderung, sich nach einiger Zeit zur Radikaloperation wieder einzufinden. Pat. hat seitdem einen geringen Nachlaß der Beschwerden, indes noch immer andauernde Schmerzen in der r. Seite bei körperlichen Anstrengungen, Bücken etc.

Pat. 6mal spontan geboren, das Wochenbett war stets fieberfrei.

Befund vor der Operation: Leidlicher Kräftezustand, kein Ikterus. Leib ziemlich stark aufgetrieben. Abdomen allenthalben weich, nirgends in der Tiefe ein Tumor zu fühlen. Druckempfindlichkeit nicht vorhanden.

Gynäkologischer Befund: Scheide blaßrot, weit, an der hinteren Scheidewand eine kleine Narbe. Portio zapfenförmig, Uterus antevertiert-flektiert auf Druck nicht empfindlich.

An Stelle der rechten Tube fühlt man einen daumendicken, derben Strang, der der Uteruskante breit aufsitzt und aus dem sich Tube und Ovarium nicht isoliert heraustasten lassen.

Im übrigen Adnexe frei.

Klinische Diagnose: Salpingooophor. dextra. Perityphlitis chronica.

Operation: 7. V. 03. Suprasymphysärer Querschnitt von etwa 10 cm Länge. Eröffnung des Peritoneums in der Linea alba. Hervorziehen des normalgroßen, nirgends adhärenten Uterus. L. Tube schlank. L. Ovarium taubeneigroß, frei beweglich. R. Tube etwas verdickt, abdominelles Ende geschlossen. R. Ovarium taubeneigroß. In der Umgebung der rechten Adnexe bindegewebige Adhäsionen. Abtragung der r. Tube. Aufsuchen des proc. vermiformis, der endlich eingebettet in ausgedehnte Adhäsionen, die sich bis zur radix mesenterii erstrecken, aufgefunden wird. Abklemmung derselben und Resektion. Schluß der Bauchwunde. (Prof. Krönig).

Im obigen Fall ist wohl als unzweifelhaft anzunehmen, daß die primäre Erkrankung die Appendicitis gewesen ist. Bis zum ersten Anfall haben nie Störungen von Seiten des Sexualapparates stattgefunden. Die Anfälle waren rein kolikartig und typisch für Appendicitis. Vom Appendix aus ging die Eiterung bis in das Becken, gleichzeitig die Entzündung des Perimetriums und der r. Adnexe veranlassend. Auch nach Martin wird die Ausbreitung der Eiterung bis ins Becken als keineswegs seltene Komplikation berichtet (Rotter & Sonnenburg). Entsprechend der anatomischen Anordnung des Appendix und nach den Autopsien auf dem Operations- und Leichentisch breitet sich der Entzündungsvorgang im Perimetrium aus und verursacht perimetritische Abszesse. Die parimetritische Eiterung dagegen würde wahrscheinlich nicht vom Blinddarm direkt veranlaßt, sondern entstände erst durch Einschmelzung des perimetritischen Exsudats. Die Versenkung gehe nur bis zum Lig. Poup., über den Beckenrand gehöre sie zu den größten Seltenheiten.

2. Fall. Frau Elise O., Handarbeitersfrau, 24 J., aufg. 5. V. 03, entl. 2. VI. 03 geheilt.

Anamnese: Im Febr. 00 nach der ersten Geburt linksseitige Parametritis geringen Grades, nach dem Aufstehen Venenentzündung am r. Bein. Aug. 00 Endocarditis mit rechtsseitiger Ischias, allmählich sich ausbildende nervöse Begleiterscheinungen. Sept. 01 zweite Geburt. Okt. 01 erster Appendicitisanfall. Als Folge dieser Erkrankung zunehmende Nervenschwäche. Seit Herbst vorigen Jahres nach einer längeren Zeit des Wohlbefindens Auftreten von großer körperlicher Mattigkeit, Schlafsucht und Kopfschmerzen. Gleichzeitig damit unregelmäßig werdende menses. Seit 7 Wochen zessieren sie ganz. Pat. glaubt in anderen Umständen zu sein, weil sie genau wie in früheren Schwangerschaften das Gefühl hatte, „als ob ein Klumpen im Halse wäre“. Sie klagt über zunehmende Schmerzen im Leib schon bei geringeren körperlichen Anstrengungen, ferner über heftige Druckschmerzen längs des Rippenbogens. Beim Wasserlassen haben einige Tage brennende Schmerzen bestanden. Die Beschwerden im Unterleib werden hauptsächlich nach der r. Seite verlegt.

Befund vor der Operation. Kräftezustand sehr reduziert. Leib allenthalben weich, nirgends ein Tumor zu fühlen, insbesondere regio ilio-coeliaca völlig frei bis auf geringe Druckempfindlichkeit.

Vagina leicht livide verfärbt, in geringem Grade aufgelockert. Portio zapfenförmig, Orificium leicht eingerissen, geschlossen.

Uterus stark antevertiert, gänseeigroß, beweglich, Konsistenz etwas vermindert.

Tuben am uterinen Ende schlank.

L. Ovarium klein, in der Nähe des uterinen Tubenansatzes, rechts non certe palpabel, jedoch sicher nicht vergrößert.

Klinische Diagnose: Neurasthenie, Chronische Perityphlitis, Graviditas mens. II.

Operation 16. V. 03. Suprasymphysärer Querschnitt. Eröffnung des Peritoneums. Lösung von Verwachsungen in der Gegend der r. Adnexe. L. Adnexe ohne Besonderheiten. Aufsuchen des proc. vermiformis. In der Umgebung des stark ausgedehnten Coecums große Netzadhäsionen. Nach längerem Suchen wird der ganz in Verwachsungen eingebettete proc. vermiformis hoch oben an der hinteren Bauchwand in der Gegend der r. Niere vorgefunden. Erweiterung des Hautschnittes nach der Spin. ant. sup. rechts, Ligatur der Basis des Mesenteriolums, scharfe Durchtrennung desselben. Proc. ist enorm lang und spitzwinklig geknickt. Zirkuläre Umschneidung des Peritoneums des proc. verm. 2 cm oberhalb der Ansatzstelle. Abtragung und Ligatur. Schluß der Bauchwunde. (Prof. Krönig.)

Dieser Fall ist sehr einfach zu deuten. Primäre Appendicitis und Übergang ins chronische Stadium, im Anschluß daran pelveo-peritonitische und entzündliche Verwachsungen der rechten Adnexe, die weitere Erscheinungen nicht hervorgerufen haben.

3. Fall. Frau Ottilie B., Plätterin, 27 J., aufg. 17. VI. 03, 3. XII. 03, entl. 26. VIII. 03, 10. III. 04 geheilt.

Anamnese: Unterleibsleidend ist Pat. früher nie gewesen, Ausfluß hat niemals bestanden, nur ab und zu geringe Beschwerden während der Periode. Seit 1 Jahre sind mehrmals eigenartige Anfälle von Unterleibsschmerzen aufgetreten; der erste im Juli v. J. dauerte 8 Tage, es bestanden heftige, wehenartige Schmerzen im Unterleib, besonders rechterseits. Pat. mußte zu Bett liegen, Fieber war nicht vorhanden. In der Folgezeit vollständiges Wohlbefinden wie früher bis zur Wiederholung des Anfalles am 2. Sept. Auch diesmal ohne äußere Ursache heftige Schmerzattacke von wehenartigem Charakter; die 3 ersten Tage konnte Pat. nicht spontan

Urin lassen und mußte katheterisiert werden. Der Schmerzanfall dauerte auch diesmal 8 Tage und klang allmählich ab. Pat. fühlte sich nach dem zweiten Anfall wesentlich matter. Ein dritter Anfall im März dieses Jahres zeigte wiederum eine Steigerung sämtlicher Erscheinungen, im übrigen denselben Charakter. Rasch zunehmende Beschwerden beim Wasserlassen. Völliger Appetitmangel und Gefühl von großer Hinfälligkeit. Auch diesmal allmähliches Abklingen der Schmerzen nach 8 Tagen. Nur die Beschwerden beim Wasserlassen blieben indes seit dem Anfall, der Pat. im ganzen 5 Wochen ans Bett fesselte, konstant. Ferner bestehen seit dieser Zeit Schmerzen im r. Unterleib beim Bücken, langem Gehen und körperlichen Anstrengungen.

Befund vor der Operation. Kräftezustand wenig reduziert. Abdomen im allgemeinen weich, in der rechten Unterleibsgegend auf Druck mäßig schmerzempfindlich. Daselbst fühlt man oberhalb der Symphyse parallel dem Poupartschen Bande einen länglichen strangförmigen Tumor von glatter Oberfläche, der sich nach unten zu im kleinen Becken verliert.

Vagina: gut gerötet, keine Auflockerung, geringes, schleimiges Sekret.

Uterus klein, retrovertiert, über seine vordere Fläche gebogen, fixiert durch einen hühnereigroßen, rechtsseitigen Adnextumor, der gegen den Uterus durch das strangförmig verdickte, uterine Ende der Tube abgegrenzt ist. Der Tumor ist von außerordentlich derber Konsistenz und nach der Seite zu an die Beckenwand fixiert, auf Druck mäßig empfindlich. Tube und Ovarium lassen sich aus demselben nicht isoliert heraustasten.

Klinische Diagnose. Perisalpingitis chronica dextr. Appendicitis chron. Wiederaufnahme mit rechtsseit. abgekaps. peritonitischen Exsudat.

Operation 26. VI. 03. Querschnitt zwei Finger breit oberhalb der Symphyse. Bei der Eröffnung des Peritoneums zeigt sich schon das parietale Blatt besonders im Bereich des inneren Wundwinkels schwartig verdickt. Der Uterus ist zunächst nicht aufzufinden, da er in ausgedehnte Adhäsionen des Darms und des Netzes, die sich hauptsächlich nach der Gegend der r. Adnexe erstrecken, eingehüllt ist. Bei der Lösung der Adhäsionen erweisen diese sich von sehr derber, bindegewebiger Konsistenz, was die Lösung sehr schwierig macht. Eine besonders derbe Adhäsion besteht zwischen einer Dünndarmschlinge und dem Peritoneum der Blase. Beim Ablösen der letzteren läßt sich ein Einreißen der Darmwand nicht vermeiden. Die stecknadelkopfgroße Perforationsstelle wird sofort ligiert und mit fortlaufenden Seidennähten peritonisiert. Nach Lösung einiger Darmschlingen gelingt es endlich, den Uterus etwas freizulegen und ihn nach Anlegung einer Zügel-

naht etwas vorzuziehen. Bei weiterer Lösung zweier verwachsener Darmschlingen auf der r. Seite wird ein kirschgroßer Herd freigelegt, der mit schmutzig bräunlichen, nekrotischen Massen angefüllt ist und den Wandungen der beiden von einander gelösten Darmschlingen anhaftet. Besonders schwer gestaltet sich die Loslösung des Coecums am Beckenboden. Nach seiner Freilegung findet man das in dicke bindegewebige Schwarten eingebettete Rudiment des proc. vermiformis. Das Bett derselben wird mit Seide übernäht und peritonisiert. Das Coecum wird durch eine Catgutknopfnaht an das parietale Peritoneum wieder fixiert; die Adhäsionsstelle des proc. an der hinteren Blasenwand mit Catgutknopfnähten vernäht.

Die l. Tube erweist sich nach ihrem lateralen Ende zu kolbig verdickt, nach hinten zu posthornförmig gewunden und in der Gegend des inneren Muttermundes mit der hinteren Uteruswand verwachsen. Aus dem gelösten Pavillon der Tube entleert sich eine käsige Masse. Die Tube wird ligiert und abgetragen. Auch auf der r. Seite ist die Tube verdickt und nach hinten umgebogen und mit dem taubeneigroßen Ovarium verwachsen. Nach Unterbindung des lig. infundibulo-pelvicum wird der r. Adnextumor in toto abgetragen. Von der Scheide aus wird eine gekrümmte Kornzange eingeführt und auf dieselbe vom Douglas her eingeschnitten. Durch die Öffnung wird ein T-Drain eingeführt und durch Fixierung des Uterus an die vordere Wand des Rectums das kleine Becken gegen die Bauchhöhle zu abgeschlossen. Schluß der Bauchwunde in der üblichen Weise. (Prof. Krönig.)

Ich möchte bei diesem Falle annehmen, daß die Erkrankung von den Adnexen ausgegangen ist, zumal die l. Tube ja miterkrankt war. Die Erscheinungen dieser Salpingitis sind vielleicht so geringe gewesen, daß sie keine Beachtung fanden, bis dann durch die rechten Adnexe die Entzündung auf den Wurmfortsatz fortgeleitet war und sich dann die Symptome eines stürmischen Appendicitisanfalles einstellten, die sich dann im Laufe des letzten Jahres mehrfach wiederholt haben. Vielleicht ist es in diesem Falle nicht falsch, die öfters vorhandenen Menstruationsbeschwerden der Salpingitis zuzurechnen.

4. Fall. Frau Alma G., Taglöhnersfrau, 25 J., aufg. 17. VI. 03, entl. 2. VIII. 03, geheilt.

Anamnese. Im Anschluß an die Steißgeburt im Okt. 1898 traten bei der Pat. heftige ziehende Schmerzen im l. Bein und

krampfartige Schmerzen im Unterleib ein, die Regel war sehr profus und dauerte 8—14 Tage, bei nur 1—2 wöchentlichen Intervallen. Die Beschwerden waren von der Regel unabhängig. Im Verlauf eines Jahres trat allmählich Linderung ein, die über drei Jahre bestehen blieb. Am 23. XII. 02 bekam Pat. unter Schweißausbruch, höchstem Angstgefühl und schleimigem Erbrechen plötzlich mit normalem Beginn der Regel heftige, auf die rechte Unterbauchgegend und den Nabel beschränkte krampfartige Schmerzen. Sie wandte sich, als warme Umschläge wenig nützten, auf Anraten des Arztes in hiesige Klinik, wo sie im Januar operiert wurde. Angeblich wurde damals fast ein Liter Eiter entleert. Nach 9 wöchentlichem Aufenthalt in der Klinik blieb Pat. beschwerdefrei, bis Anfang Juni plötzlich ein ähnlicher Anfall eintrat. Pat. bekam wieder heftige kolikartige Schmerzen in der rechten Unterbauch- und Nabelgegend, schleimiges Erbrechen, Angstgefühl und Schweißausbruch. Unter Anwendung von Umschlägen wurden die Beschwerden geringer, die am 4. Juni eingetretene Regel zeigte geringen Abgang dunklen, dicken Blutes. Auf Anraten des Arztes, der eine Geschwulst in der Nähe der Gebärmutter festgestellt habe, sucht Pat. von Neuem die Klinik auf. Ihre Schmerzen sind noch nicht ganz verschwunden. Fieber bestand beim letzten Anfall angeblich nicht.

Befund vor der Operation. Kräftezustand etwas reduziert. Der ganze Leib ist, besonders aber rechts unterhalb des Nabels in reichlich Mannesfaustgröße vorgebuchtet. In der Höhe des Nabels beginnt ein mit der Atmung nicht verschieblicher, reichlich mannesfaustgroßer, nicht fluktuierender, in seiner Längsrichtung nach dem r. Poupartschen Bande verlaufender, in seiner größten Breite ca. 10 cm messender Tumor. Seine mediale Grenze geht bis dicht an die Medianlinie, seine laterale bleibt 3 cm von der spin. il. ant. sup. entfernt. Die Oberfläche ist glatt, Beweglichkeit nicht nachweisbar. Vagina bietet keine Besonderheiten. Portio etwas kolbig, Konsistenz eher weich, Uterus antevertiert-flectiert, sinistrovertiert, etwas in seiner Beweglichkeit beschränkt.

Drückt man den Tumor etwas mit der äußeren Hand nach unten, so fühlt man im hinteren Scheidengewölbe eine deutliche Resistenz, die sich mit dem Tumor bewegt. Ein Zusammenhang des Tumors mit dem Uterus besteht anscheinend nicht.

Linke Tube leicht verdickt.

Linkes Ovarium, wenig schmerzhaft, an der seitlichen Beckenwand leicht fixiert, rechtes nicht gefühlt.

Klinische Diagnose. Chronische Perityphlitis kombiniert mit kleinem Kystom. Abgekapseltes perityphlitisches Exsudat.

Operation. 27. VI. 03. Schnitt 3 cm rechts von der Mittellinie, parallel derselben vom Schambeinaste bis zum Nabel.

Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie. Die vordere Bauchwand mit dem Netz breit adhärent. Auch unter den Darmschlingen bestehen überall strangartige Adhäsionen, sodaß die Organe des kleinen Beckens überhaupt nicht zu sehen sind. Beim Lösen der Verwachsungen oberhalb des kleinen Beckens wird eine Höhle eröffnet, die in der Mitte dicht an der Bauchwand liegt und aus der sich reichlich Eiter ergießt. Abtupfen des Eiters und Abdeckung der Bauchhöhle. In regelloser Weise, wie es die Situation erfordert, werden die Adhäsionen zwischen Därmen und den anderen Organen getrennt. Bei weiterem Lösen des Netzes aus der Beckenwand wird in der Gegend des S. Romanum wiederum eine Eiterhöhle eröffnet. Abtupfen des Eiters, ehe er in die Bauchhöhle eindringen kann. Es wird der Uterus sichtbar und, soweit es geht, mobil gemacht. An der l. Uteruskante wird in die Tiefe gegangen, es ist von einer Tube nichts zu finden, da sie anscheinend in den Tumor eingelagert ist. Weitere Lösung des Uterus aus seinen Verwachsungen, wobei die rechten Adnexe isoliert werden. Die Tube ist am abdominellen Ende verschlossen, das Ovarium klein. Links wird von der hinteren Platte des lig. latum ein Tumor ausgeschält, der aus Ovarium und abdominellem Tubenende besteht. Unterstechung der l. Mesosalpinx am abdominellen Ende, Unterstechung der Tube nahe dem Uterus, Abschneiden derselben vom lig. lat. bis 1 cm vom uterinen Ansatz. Unterstechung der zwischen beiden ersten Ligaturen liegenden Partien des lig. lat. und des lig. infund. pelv. sin.

Nach Versorgung des Uterus und der Adnexe wird der proc. vermiformis aufgesucht. Er ist freibeweglich am distalen Ende und etwa mannesfingerdick. Das cavum ist beträchtlich erweitert und mit schmutzigem, gelbrötlichem Inhalt angefüllt. Im abdominellen Ende liegt ein linsenförmiger, flacher Kotstein. Nahe dem Typhlonansatz ist die Wand durch einen kleinbohnengroßen Tumor verdickt. Die Oberfläche ist stark gerötet und trägt am proximalen Ende reichliche Adhäsionen. Umschneiden und Zurückdrängen des Peritonealüberzugs bis über den am Übergang vom proc. ins Coecum sitzenden Kotstein. Abtragung der proc.

Nach Versorgung des Coecums wird nochmals zur linksseitigen Eiterhöhle zurückgegangen. Die Wand dieser Höhle wird aus einem Convolut innig verklebter Dünndarmschlingen und dem mit diesem verklebten S. Romanum gebildet. Die bei der Lösung lädierten Darmwände werden sofort wieder mit sero-seröser Naht versorgt. Das Wundbett wird dadurch überdacht, daß man den Uterus sinistroanteponiert und seine Vorderfläche direkt auf das Wundbett aufnäht. Schluß der Bauchwunde in gewöhnlicher Weise.

(Prof. Krönig.)

Dieser Fall ist analog dem unter No. 1 angeführten zu beurteilen: Primäre Appendicitis, wieder gekennzeichnet durch die Eigenart der Anfälle, ohne Störungen von Seiten des Sexualapparats. Dann kam es durch die entzündliche Exsudation des Appendix zu Verklebungen der Darmschlingen und zu Infiltrationen des perimetritischen Gewebes, die schließlich zur Abszeßbildung und zu der Entzündung der Tuben geführt haben.

5. Fall. Frau Julie L., Handarbeitersfrau, 40 Jahre, aufg. 9. VIII. 03, entl. 12. IX. 03 geheilt.

Anamnese. Vor 12 Wochen traten mitten im besten Wohlbefinden starke Schmerzen in der r. Unterleibsseite auf. Pat. mußte 14 Tage zu Bett liegen, hat indessen nicht gefiebert. Nach dem Aufstehen trat bald ein Rückfall ein, der sie von neuem 2 Wochen ans Bett fesselte. Vom behandelnden Arzt wurde die Diagnose auf Blinddarmentzündung gestellt. Als Pat. diesmal aufstand, fühlte sie sich äußerst matt, spürte sofort Beklemmung auf der Brust, Zittern im Rücken und in allen Gliedern, Angstgefühl, Gefühl von Taubheit an Händen und Füßen; beim Essen hatte sie das Gefühl, als ob der Bissen im Halse stecken bliebe. Dagegen waren die Unterleibsschmerzen völlig verschwunden, nur ab und zu machten sich leichte Kreuzschmerzen bemerkbar. Der Ausfluß, an dem Pat. schon seit Jahren leidet, bestand unverändert fort. — Pat. will in früheren Jahren immer gesund gewesen sein, bis auf leichte Erregbarkeit keine Anzeichen von stärkerer Nervosität bemerkt haben.

Befund vor der Operation. Abdomen allenthalben weich, Bauchdecken relativ straff, nirgends abnorme Druckempfindlichkeit, nirgends in der Tiefe ein Tumor zu fühlen. Vagina ohne Besonderheiten. Ausfluß spärlich, schleimig-eitrig. Portio zapfenförmig, Uterus derb, antevertiert, hühnereigroß. Rechts neben dem Uterus der Lage der r. Adnexe entsprechend ein im ganzen hühnereigroßer, länglicher Tumor, der sich gegen den Uterus durch das verdickte uterine Ende der Tube absetzt, seitlich sich gegen die Beckenwand nicht abgrenzen läßt, derselben vielmehr breit adhäriert. Das Ovarium läßt sich aus dem Tumor nicht isoliert heraustasten. L. Tube und l. Ovarium nicht sicher palpabel, indes wahrscheinlich nicht vergrößert.

Klinische Diagnose. Adhäsionsbildung an den rechten Adnexen, Salpingitis chronica, abgekapseltes perityphl. Exsudat.

Operation am 13. VIII. 03. Querschnitt von 12 cm Länge 3 cm oberhalb des oberen Symphysenrandes. Eingehen zwischen den beiden Rectusbäuchen und Spaltung des Peritoneums.

Nach Anlegung einer Zügelnaht an den Fundus uteri und Hervorziehen derselben zeigt sich die l. Tube schlank, das l. Ovarium ist in einen hühnereigroßen Sack verwandelt, der beim Versuch, ihn zu lösen, einreißt; aus der Rißstelle entleert sich schwarze teerige Masse.

Die r. Tube ist an ihrem uterinen Ende kleinfingerdick, in der Mitte retortenförmig umgebogen und an ihrem lateralen Ende in einen hühnereigroßen, dem hinteren Douglas und den anliegenden Darmschlingen adhärenten Tumor verwandelt. Beim Lösungsversuch entleert sich übelriechender Eiter. Nach Lösung einer Dünndarmschlinge an der rechten seitlichen Beckenwand wird der proc. verm. sichtbar; er ist verdickt, in derbe Adhäsionen eingebettet und zeigt an seinem lateralen Ende eine gangränös belegte Perforationsstelle. Das Mesenteriolum wird durch eine Ligatur zusammengerafft und abgetragen, um die Basis des proc. eine Ligatur gelegt, der proc. selbst in üblicher Weise abgetragen. Peritonisierung des Stumpfes. Darauf Resektion der r. Tube und des größten Teiles beider Ovarien. (Prof. Krönig.)

Mir will es richtig erscheinen, diesen Fall als Parallelfall von No. 3 anzusprechen, also die Appendicitis als sekundäre Erkrankung zu betrachten. Dafür sprechen die starke Entwickelung des Adnextumors im Verhältnis zu der relativ kurzen Zeit der ganzen Krankheitserscheinungen und die Veränderungen am Appendix selbst, die anscheinend jüngeren Datums sind, aber die nächste Ursache zur Auslösung der Anfälle gewesen sind.

6. Fall. Frau Auguste Z., Lohgerbersfrau, 46 J., aufg. 27. IX. 03, entl. 29. XII. 03, geheilt.

Anamnese. Pat. sucht die Klinik auf, weil die Periode seit etwa 2 Jahren allmählich unregelmäßig geworden ist; sie tritt alle 4—8 Wochen auf, ist nicht sehr stark und dauert 3—4 Tage. In letzter Zeit besteht heftige Stuhlverstopfung und Beschwerden beim Wasserlassen.

Befund vor der Operation. Die Inspektion und Palpation des Leibes bietet keine Besonderheiten. Uterus klein, deszendiert, Portio im Introitus vaginae sichtbar. Im hinteren Douglas fühlt man einen steinharten, fast kindskopfgroßen Tumor, der im Beckeneingang fast eingekeilt ist und der Hinterfläche des corpus uteri breit aufsitzt. Gegen den Uterus ist er nicht zu verschieben. Adnexe nicht palpabel.

Klinische Diagnose. Myoma uteri subserosum. Differenzialdiagnostisch zog man einen soliden Ovarialtumor noch in Frage.

Operation am 3. XII. 03. Schnitt in der Mittellinie in der Ausdehnung von 15 cm bis in die Höhe des Nabels. Durchtrennung der Fascie und Eröffnung des Peritoneums. Zunächst ist kein Überblick zu gewinnen, da verwachsene Darmschlingen, Netz und Blase das Gesichtsfeld stören. Beim stumpfen Loslösen der Verwachsungen kommt man auf außerordentlich dicke, entzündliche schwartige Bildungen, die großen Widerstand entgegensetzen. Bei diesen Ablösungsversuchen reißt in der Tiefe eine bis jetzt noch nicht sichtbare Eiterhöhle ein, aus der sich eine geringe Menge dünnen, gelblich-grünen, nicht riechenden Eiters ergießt. Auf der l. Seite gelingt es Tube und Ovarium zu isolieren, bei deren Verfolgung man den vollständig in Verwachsungen eingebetteten Uterus gelangt. Langsame Auslösung derselben. Der Blasenscheitel, der vom Uterus abgelöst wurde, wird provisorisch in den vorderen Wundwinkel des Bauchschnitts eingenäht, reißt jedoch aus. Von einer Wiederbefestigung wird wegen der Morschheit des Gewebes abgesehen. Mit vieler Mühe gelingt es, die rechte Tube aus dem Convolut von Verwachsungen herauszuschälen. Sie riß schon vorher am uterinen Ende ab und repräsentiert nunmehr ein ca. 5 cm langes wulstförmiges Gebilde. Sie wird vom lig. inf. pelv. beginnend abgebunden und abgetragen. Umsäumung der Mesosalpinx durch fortlaufenden Catgut. Mobilisierung des Rectums. Allmählich ist es gelungen, den Uterus zu mobilisieren. Dann wird eine Kornzange per vaginam eingeführt und auf ihr das hintere Scheidengewölbe vom Douglas aus durchtrennt. Tamponade mit Xeroformgaze, nachdem vorher das kleine Becken mit Alkohol ausgetupft worden ist.

Aufsuchen des proc. vermiformis. Er ist ebenfalls mit seiner Spitze in das Convolut der Verwachsungen mit hineingezogen. Er wird an der Basis abgebunden und durchtrennt und in üblicher Weise versorgt.

Abschluß des kleinen Beckens unter Benutzung der alten nicht entfernten Schwarten des Peritoneums. Schluß der Bauchwunde mit durchgreifenden Nähten.

Das durch die Operation gewonnene Präparat besteht aus der in mehrere cystenartige Hohlräume aufgebauchten rechten Tube, die in ein Convolut von Adhäsionen eingebettet ist, ferner aus einem Stück schwartig verdickten Netzes und dem proc. vermiformis, der an seinem oberen Ende ebenfalls von Verwachsungen überzogen ist. (Prof. Krönig.)

Der Fall ist dadurch interessant, als uns der Operationsbefund ein nicht erwartetes Bild gibt.

Die klinische Diagnose war auf subseröses Myom eventuell soliden Ovarialtumor gestellt worden, der pathologische

Befund bei der Operation zwingt uns die Diagnose zu ändern in Pelveoperitonitis adhaesiva chron. und Appendicitis chronica, zystische Degeneration der Tube. Als Ursache der Pelveoperitonitis ist die Appendicitis zu betrachten, die Entzündung der Adnexe ist durch die Pelveoperitonitis hervorgerufen.

So klärt uns wenigstens der Operationsbefund auf, während die anamnestischen Angaben uns die Annahme nahelegen, es handle sich primär um eine Genitalerkrankung und die bei der Operation manifest gewordene Appendicitis sei als Nebenbefund anzusehen.

7. Fall. Frau Amanda F., Tischlersfrau, 37 J., aufg. 12. II. 04, entl. 16. III. 04, geheilt.

Anamnese. Pat. hat seit ihrem 12. Jahre regelmäßig ohne Besonderheit menstruiert und ist bis Mitte März dieses Jahres niemals krank gewesen. Am 12. März bekam Pat. plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib mit Erbrechen. Der zugezogene Arzt stellte Blinddarmentzündung fest. Pat. war im 6. Monat gravid. Nach 4wöchentlichem Krankenlager stand Pat. auf und bemerkte beim Gehen, daß neben der Gebärmutter rechterseits eine neue große Geschwulst war, wodurch Pat. glaubte, daß sie Zwillinge trage. Diese Geschwulst, die ein Gefühl der Schwere erzeugte, schwoll immer mehr an. Pat. trug Binden, seitdem habe die Größe etwas nachgelassen. Im Juli ging der partus spontan vor sich. Das Wochenbett war fieberfrei, doch bekam Pat. am 9. Tage geschwollene Beine. 6 Wochen mußte sie infolgedessen das Bett hüten. Die Oedeme verschwanden völlig erst Ende Dezember. Wegen der Geschwulst im Leib sucht Pat. die Klinik auf.

Befund vor der Operation. Abdomen halbkugelig vorgewölbt, besonders rechts entsprechend der regio ilio-coeliaca. Leib rechts aufgetrieben. Diastase der recti. Bauchdecken dick, doch weich; rechts nach dem Nabel zu fühlt man eine kindskopfgroße Geschwulst von derber Konsistenz, ganz geringer Beweglichkeit. Fluktuation nicht nachzuweisen, Abgrenzung gegen den Beckeneingang nicht möglich.

Vagina ohne Besonderheiten. Portio tief, dicht hinten am Promontorium gelegen. Corpus uteri nicht zu tasten. Der oben beschriebene Tumor liegt außerhalb des kleinen Beckens. Der untere Pol läßt sich beim Entgegendrücken von den Bauchdecken aus tasten. Seine Beziehungen zu den Genitalorganen lassen sich nicht feststellen.

Klinische Diagnose. Abgekapseltes peritonitisches Exsudat im Anschluß an Perityphlitis. Differenzialdiagnose: Tuberculosis. Circumscripte adhaesive Peritonitis. Perityphlitis kombiniert mit Kystom.

Operation 16. II. 04. Rechtsseitiger Paramedianschnitt. Der r. Rectus wird von der Fascie abpräpariert, bis der l. Rand erscheint. Spaltung des Peritoneums. Sofort präsentiert sich der über kindskopfgroße Tumor, über welchem das Netz ausgedehnt verwachsen ist. Abtragung der Verwachsungen. Rechts über dem Tumor hinweglaufend sieht man die starke Tube, an der Hinterfläche des intraperitoneal entwickelten Tumors sind ausgedehnte Darmadhäsionen. Die Geschwulst liegt der r. Seite des Uterus an und geht unmittelbar in diesen über. Auf der Uterusoberfläche zahlreiche, erbsengroße, subseröse Myomknoten. Lösung der Darmadhäsionen an der hinteren Circumferenz der Geschwulst. Sie sind von außerordentlich derber, z. T. schwartiger Beschaffenheit. Bei weiterer Lösung der Adhäsionen reißt der Tumor an einer Stelle, es entleert sich reichlicher dicker, stinkender Eiter. Der Tumor wird so gelagert, daß der Eiter nach außen abfließen kann.

Im weiteren Verlauf der Operation zeigt sich, daß der proc. vermif. mit dem Tumor breit verwachsen ist, in dessen Wand unmittelbar übergeht und sich innerhalb der letzteren noch eine Strecke weit als dünner Strang verfolgen läßt. Die Ausschälung des Tumors aus dem schwartigen Lig. lat. gestaltet sich außerordentlich schwierig. Vernähung der Wundfläche an der Uteruskante. Peritonisierung des Geschwulstbettes. Resection des proc. verm. Fixierung des Coecums in der Gegend des r. lig. infund.-pelv. Schluß der Bauchwunde durch Nähte in den verschiedenen Etagen. (Prof. Krönig.)

Das Präparat besteht aus einem schlaffwandigen, fast straußeneigroßen Sack, der an seiner Oberfläche über und über mit schwartigen Adhäsionen bedeckt ist. Der zum größten Teil in der Wandung des Sacks belassene proc. verm. springt aus derselben deutlich als ein 68 mm langer, an seinem peripheren Ende fast daumendicker, flacher Wulst hervor. Die Tube ist aus der Sackwand nicht herauszupräparieren; an der Innenseite zeigt der Tumor eine grob gehöckerte, z. T. mit kleinen Cysten hämorrhagischen Inhalts durchsetzte Schleimhautoberfläche.

Dieser Fall ist operiert worden, ohne daß die Diagnose exakt gestellt worden wäre. Trotzdem hat man eine ganze Reihe von Möglichkeiten differenzial-diagnostisch in Betracht gezogen. Der Operationsbefund ergibt die Diagnose Pyosalpinx rechterseits. Den anamnestischen Angaben nach

und dem Verhalten des Tumors während der Gravidität und des partus ist man berechtigt anzunehmen, daß die Tube erst sekundär in Mitleidenschaft gezogen worden ist.

8. Fall. Frau Klara O., Bahnarbeitersfrau, 27 J., aufg. 12. II. 04, entl. 27. III. 04 geheilt.

Anamnese. Pat. ist früher stets gesund gewesen, Menstruation seit dem 18. Jahre regelmäßig in 4wöchentlichen Intervallen, 8 Tage lang, mäßig stark ohne Schmerzen. 4 Entbindungen verliefen spontan, Wochenbetten fieberfrei.

Die vierte fand Ende Juli vorigen Jahres statt. Als Pat. am fünften Tage aufstand, trat starke Blutung ein. Der herbeigerufene Arzt tamponierte und soll, da die Blutung nicht zum Stehen kam, ausgekratzt haben. Die Blutung dauerte 16 Wochen fort, dann konnte Pat. endlich aufstehen und wieder umhergehen. Fieber soll nicht bestanden haben. — Es blieben aber immer heftige, drängende Schmerzen im Unterleib zurück, zugleich trat Fluor ein. Pat. fühlte sich äußerst schwach, litt andauernd an Kopfschmerzen. Ärztliche Behandlung mit Spülungen, Sitzbädern usw. blieb erfolglos. Die Periode tritt seit der Erkrankung zwar regelmäßig wie früher in 4wöchentlichen Zwischenräumen auf, dauert indes jedesmal über 14 Tage und ist sehr schmerzhaft.

Befund vor der Operation. Leib weich, Bauchdecken schlaff, kein Tumor zu fühlen. Die innere Untersuchung zeigt das corpus uteri eingemauert zwischen Tumoren, die sich unbeweglich zu beiden Seiten und im Douglas bis zu den Beckenwandungen erstrecken. Abgrenzung von der Beckenwand nicht möglich. Adnexe nicht isoliert zu tasten. Per rectum fühlt man besonders den l. Tumor stark vorspringen.

Klinische Diagnose. Pyosalpinx duplex (gonorrhoica).

Operation 20. II. 04. Suprasymphysärer Querschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich, daß der Appendix durch entzündliche Verwachsungen unmittelbar mit dem Tumor in Verbindung steht. Beim Lösungsversuch reißt er am peripheren Ende ein. Bildung einer Peritonealmanschette, Resection des proc. Versenkung des Stumpfes.

Jetzt Anschlingen des Uterus und Versuch, ihn an der Hinterwand zu mobilisieren. Nach vieler Mühe Freimachen der nach hinten umgeschlagenen l. Tube. Abbindung und Abtrennung derselben. Beim gleichen Versuch auf der rechten Seite reißt der Tubensack ein. Er wird samt Ovarium vom Uterus entfernt unter Zurücklassen einer schwartigen Verdickung. Blutstillung. Versorgung des Wundbettes. Schluß der Bauchwunde durch Etagennähte.

(Prof. Krönig.)

Dies ist wieder ein Fall, der uns erklärt, daß eine Appendicitis keine Erscheinungen zu machen braucht. Die Appendicitis ist in der Tat hier bloßer Nebenbefund und sekundär entstanden. Die anamnestischen Angaben und Klagen gehen nur aufs Genitale hinaus. Die Frau hat eine Gonorrhoe acquiriert, und deren Symptome zeigen sich in typischer Weise. Charakteristisch sind vor allem die „drängenden" Schmerzen im Unterleib, die zunehmenden Beschwerden beim Wasserlassen und das Eintreten von Ausfluß.

9. Fall. Frau Alma J., Briefträgersfrau, 35 J., aufg. 21. II. 04, entl. 22. III. 04, geheilt.

Anamnese. Pat. war immer gesund, Periode bis Weihnachten stets regelmäßig. Dann blieb sie 5 Wochen aus. Es erfolgte plötzliches Erbrechen, am anderen Tag Wiedereintritt der Menses. Seit der Zeit regelmäßig. Vor einigen Tagen spürte Pat. geringen Schmerz im Unterleib, und zwar links. Der konsultierte Arzt überwies sie zur genaueren Untersuchung der Klinik.

Befund vor der Operation. Unterleib rechts stärker vorgewölbt. Es ist von außen ein derb weicher Tumor zu fühlen, der aus dem kleinen Becken heraussteigt, ziemlich unbeweglich ist, nach oben bis fast zum Nabel reicht und die Mittellinie nach links wenig überschreitet. Geringes schleimig-grünliches Sekret. Uterus sinistroflektiert. Portio geht in einen kindskopfgroßen Tumor über, der sich besonders nach rechts und oben erstreckt. In der linken Seite fühlt man von dem Tumor überlagert eine in der Konsistenz etwas weichere Geschwulst, die nach links abgeknickt, birnengroß und ziemlich flach ist und in ihrem Zusammenhang mit der Cervix als nicht vergrößerter Uterus anzusprechen ist.

Von den Adnexen ist nichts zu tasten.

Klinische Diagnose. Rechtsseitiges intraligamentäres Dermoid-Kystom oder Pyosalpinx tuberc.

Operation am 27. II. 04. Paramedianer Querschnitt rechts. Eröffnung des Peritoneums. Der Tumor reißt ein, und aus demselben entleert sich gelbe, wässerige Flüssigkeit. Mit dem Tumor erweisen sich Därme und Blase breit adhärent. Er besteht aus einer Cyste mit mehreren Kammern, die das ganze kleine Becken ausfüllt. Beim Lösen der Verwachsungen findet sich zwischen dem Darm und der Ovarialcyste Eiter. Es gelingt nur schwer, den Darm aus seinen Adhäsionen mit dem Uterus und dem Tumor zu lösen. Der mit Eiter gefüllte Teil der Cyste wird

punktiert. Auslösung des zum größten Teil intraligamentär entwickelten Tumors. Der proc. verm. ist in die vereiterte Cyste eingewachsen. Er ist mit einem Lumen versehen, röhrenförmig und nach seinem Ende zugespitzt. Resection. Beim Nachsehen der l. Adnexe zeigt sich, daß die Tube mit dem in eine faustgroße Cyste verwandelten Ovarium verwachsen ist. Pavillon geschlossen. Exstierpation der Tube. Schluß der Bauchwunde. (Prof. Krönig.)

Auch dieser Fall 9 bietet nichts Neues. Er wurde unter der Diagnose Dermoid-Kystom rechterseits operiert; er erwies sich indes als Pyovarium dextr. intralig., das seinen Ausgang von einer bestehenden Perityphlitis genommen hatte und als linksseitige Ovarialcyste. Über Schmerzen hatte Pat. merkwürdigerweise nur links zu klagen. Der Übergang der Entzündung vom Appendix auf die Adnexe ging auf dem allbekannten Wege der chronischen Pelveoperitonitis vor sich.

10. Fall. Frau Natalie E., Gemeindeschwester, 35 J., aufg. 12. III. 04, entl. 13. IV. 05, geheilt.

Anamnese. Pat. war vor 4 Jahren an Blinddarmentzündung erkrankt. Schon früher litt sie an nervösen Beschwerden: Kopfschmerzen, Herzklopfen, leichter Erregbarkeit etc. Ungefähr vor 2 Jahren trat zur Zeit der Periode plötzlich ein Anfall von krampfartigen Schmerzen im Unterleib auf, der 1—2 Stunden dauerte und so heftig war, daß Pat. sich vor Schmerzen zusammenkrümmen mußte. Die Schmerzen strahlten nach der Blase aus. Beschwerden beim Wasserlassen bestanden nicht. Seit jener Zeit wiederholten sich die Anfälle fast regelmäßig zur Zeit der Periode.

Seit $^1/_2$ Jahr treten auch die Anfälle im menstruellen Intervall auf, meist mitten im besten Wohlbefinden. Die bereits früher bestehenden dysmenorrhoischen Beschwerden sind vermehrt.

Befund vor der Operation. Leib leicht aufgetrieben. Bauchdecken straff. Kein Tumor zu fühlen.

Auch die gynäkologische Untersuchung gibt keinen Aufschluß. Uterus, retrofl., beweglich.

Klinische Diagnose. Neurasthenie. Differenzial-diagnostisch in Erwägung gezogen wird Appendicitis chronica.

Operation am 15. III. 04. Suprasymphysärer Querschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums erweist sich der Uterus beim Eingehen mit der Hand hinten breit verwachsen. Er wird mobilisiert. Abtastung der rechten Adnexe und Lösung aus ihren

Verwachsungen. Das rechte Ovarium ist in einen wallnußgroßen Tumor verwandelt, aus dem sich eine Menge zäher, schokoladebrauner Flüssigkeit entleert. Tube schlank, ampulläres Ende offen. L. Tube und Ovarium wie rechts. Um die Frau wegen ihres Alters noch nicht zu sterilisieren, wird vom l. Ovarium nur soviel reseciert, als es cystisch ist, ein Stumpf bleibt zurück. Das rechte Ovarium wird in toto abgetragen. Loslösen der Verwachsungen des Uterus am Beckenboden. Ausschälen zweier kleiner subseröser Myome.

Hervorholen des proc. verm. Durchtrennung seines Mesenteriolums nach Lösung einiger alter Verwachsungen. Gegen die Basis ist der Appendix stark verdickt, in alte, sehnige, glänzende Verwachsungen eingebettet. Resection. Versenkung des Stumpfes. Schluß der Bauchwunde. Hautnaht mit Michelschen Klemmen. (Prof. Krönig.)

Für diesen Fall gilt das für Fall 9 Gesagte: Primäre Appendicitis, Pelveoperitonitis post App., Degeneratio cyst. ovar.

11. Fall. Frau Elise R., Briefträgersfrau, 30 J., aufg. 9. V. 04, entl. 19. VI. 04. Erfolg?

Anamnese. 1. Periode mit $17\frac{1}{2}$ Jahren, 4wöchentlich, 8 Tage, stark mit Schmerzen verbunden. Pat. hat noch nicht geboren, wünscht sich aber ein Kind. Seit ihrer Verheiratung vor 3 Jahren hat Pat. oft stechende Schmerzen innen im Unterleib und Ziehen in beiden Seiten. Zur Zeit der Periode sind diese Schmerzen sehr heftig, und es besteht Drängen nach unten und danach etwas glasiger Ausfluß. Kopfschmerzen hat Pat. nicht, fühlt sich aber immer sehr schwach und müde. Bei Anstrengung hat sie Herzklopfen und Angstgefühl und glaubt, die Luft höre auf. Alle Beschwerden sind während der Periode stärker.

Befund vor der Operation. Abdomen fettreich, kein Tumor, keine Druckempfindlichkeit. Glasig-schleimiger Ausfluß. Uterus retroflektiert, fixiert, sehr druckempfindlich. Beim Versuch, ihn aufzurichten, wird das hintere Scheidengewölbe nebst Rectum in die Höhe gezogen; gleichzeitig fühlt man zarte Adhäsionsstränge sich anspannen.

Klinische Diagnose. Sterilität. Retrofl. ut. fix. Pelveoperitonitis chron. gonorrh.

Operation 25. V. 04. Suprasymphys. Querschnitt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Uterus an seiner Hinterfläche breit verwachsen, ebenso sind die l. Adnexe durch Adhäsionen auf dem Beckenboden fixiert. Die r. Adnexe sind frei. Lösung der Verwachsungen. Verkürzung der Lig. rot. Hervorholen des Appendix. Er ist ebenfalls durch Verwachsungen entzündlicher Art an der hinteren Beckenwand fixiert, die seine Resektion nötig machen. Schluß der Bauchwunde in üblicher Weise. (Prof. Krönig.)

Die Anamnese weist uns darauf hin, daß die primäre Erkrankung vom Genitale ausgegangen ist. Symptome, die eine Appendicitis hätten rechtfertigen können, waren in keiner Weise manifest. Die gonorrhoische Pelveoperitonitis ist es in diesem Fall gewesen, die sekundär den Appendix in den Entzündungsprozeß mit hineingezogen hat, ohne die rechten Adnexe weiter zu irritieren. Daß die durch den Operationsbefund als unzweifelhaft erwiesene Appendicitis keine Erscheinungen machte, ist nur wieder ein Beweis für ihre Fähigkeit, sehr lange latent verlaufen zu können.

12. Fall. 1904. No. 691. 23 J.

Anamnese. Mit dem 15. Lebensjahre bekam Pat. zum erstenmal die Regel, welche immer unregelmäßig und stark auftrat und mit Schmerzen im Leib verbunden war. Vor zwei Jahren heiratete Pat. und hat bis jetzt zwei Wochenbetten durchgemacht, im zweiten trat starkes Fieber auf. Seit dieser Zeit hat sie starke und unregelmäßige Blutungen und Ausfluß.

Befund vor der Operation. Bauchdecken mäßig fettreich, straff, kein Tumor zu fühlen. Schmerzhaftigkeit auf Druck im ganzen Abdomen. Rechts und links neben dem Uterus sind die verdickten Tuben zu fühlen.

Klinische Diagnose. Pyosalpinx duplex.

Operation 13. XII. 04. Suprasymphysärer Querschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigen sich die Adnexe stark vergrößert und in derbe, schwartige Adhäsionen eingebettet. Mit den rechten Adnexen entzündlich verklebt erscheint der stark verdickte Proc. vermiformis. Es macht sich nur dessen Entfernung nötig.

(Prof. Franz.)

Für diesen Fall hat das unter No. 8 Gesagte Bezug. Auch hier eine sekundäre Appendicitis in der Gefolgschaft von Pyosalpinx, ohne irgend welche subj. Erscheinungen gemacht zu haben.

Stelle ich die Fälle nochmals kurz vergleichend nebeneinander, so ergibt sich, daß die Appendicitis 7 mal die primäre Erkrankung gewesen ist, dagegen 5 mal die Entzündung von den Adnexen aus ihren Weg nahm und sekundär den Appendix in Mitleidenschaft zog.

Exakt wurde die Diagnose klinisch nur in zwei Fällen gestellt. Ich füge eine kleine Tabelle an, durch die dieser Umstand näher beleuchtet werden wird.

Primäre Appendicitis.

Fall 1. Typische Anfälle von seiten des Appendix. Symptome einer Genitalerkrankung nicht vorhanden.
Bestehende rechtsseitige Salpingoooophoritis wird erst bei der Operation diagnostiziert.

Fall 2. Keine typischen Symptome für eine akute Appendicitis je vorhanden.
Doch ergibt der Operationsbefund chronische Perityphlitis als Ursache der entzündlichen Verwachsungen an den rechten Adnexen.

Fall 4. Blinddarmentzündung mit zwei Anfällen, im Anschluß daran perityphl. Exsudat, wird beides diagnostiziert.
Tubenentzündung wird erst bei der Operation manifest.

Fall 6. Wird unter falscher Diagnose operiert. Daß die Appendicitis in ihrer chronischen Form hier die Ursache der Pelveoperitonitis und Pyosalpinx gewesen ist, ergibt erst der Operationsbefund.

Fall 7. Appendicitis war von vornherein klar, eine Genitalerkrankung sekundärer Natur mit in Erwägung gezogen, da der Tumor sich nach dem ersten Anfall hauptsächlich entwickelte.

Fall 9. Operation unter falscher Diagnose. Siehe Fall 6.

Fall 10. Primäre Appendicitis mit Sicherheit angenommen. Die bei der Operation manifest gewordene Pelveo-peritonitis und cystische Ovardegeneration wurden, da sie keine klinischen Symptome zeigten, nicht erkannt.

Sekundäre Appendicitis.

Fall 3. Primäre doppelseitige Salpingitis mit geringen subj. Erscheinungen, aber klarem objektiven Befund. Appendicitisanfall in typischer Weise. Exakte Diagnose.

Fall 5. Exakte Diagnose. Perityphl. Exsudat und Appendicitis nach Salpingitis chronica.

Fall 8. Pyosalpinx duplex gonorrh. Die bisher latent verlaufene Appendicitis wird erst durch die Operation ersichtlich.

Fall 11. Diagnose wird auf Pelveoperit. chron. gonorrh. gestellt. Appendicitis kam nicht in Frage, weil keine Erscheinungen dafür sprachen, sie ergibt sich erst durch die Operation.

Fall 12. Siehe Fall 8.

Herrn Prof. Franz für die gütige Überlassung der Arbeit und die liebenswürdige Unterstützung bei ihrer Anfertigung meinen ergebensten Dank.

Literatur.

Fraenkel, Append. in ihren Beziehungen zur Geburtshülfe und Gynaecol. (Volkmanns Samml. klin. Vortr.) Leipzig 1898, No. 229.

Landau, Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden. (Berlin, Aug. Hirschwald, 1904.)

Hermes, Über einige Beziehungen der Appendicitis zu Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane. (Zeitschr. f. Chirurgie 1899.) Bd. 56, XXVI.

— Appendicitis und Genitalleiden bei Frauen. (Encykl. der Gynaec. u. Geburtsh, 1900.)

— Erfahrungen über Veränderungen des Wurmfortsatzes bei gyn. Erkrankungen (Zeitschr. f. Chirurgie 1903, Bd. 68, XI.)

Dührssen, Über gleichzeitige Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der weiblichen Beckenorgane. (Archiv für klin. Chirurgie, Bd. 59, 4, 1899.)

Mary, Append. und utero-adnexielle Affectionen (Pariser Dissert.), 1904.

Peters, Demonstration der Gynaec. Gesellsch. zu Dresden. (Centralbl. f. G., 1904, II, 18.)

Martin, Krankheiten der weibl. Adnexorgane, Bd. I, 1895.

— Krankheiten des Beckenbindegewebes.

Riedel, Münchener Med. W. 1905.

Klein, Über Appendic. in ihren Beziehungen zu den weiblichen Adnexorganen. (Inaug.-Diss. Straßburg 1901.)

Krüger, Appendicitis und ihre Beziehungen zu den weiblichen Genitalorganen. (Inaug.-Diss. Berlin 1897.)

Veit, Handbuch der Gynaecologie, III. Bd., 2. Hälfte.

Potherat, Salpingite et appendicite. (Bullet. et Mémoires de la Soc. de Chir. de Paris 1902. Séance du 12. févr.)

Beck (New-York), Appendicitis. (Sammlung kl. Vorträge, 221.)

Routier, Appendicitis et Salpingitis. (Annales de gynéc. et obstétr. Dec. 98.)

Tixier, Appendicitis pelvica unter dem Bilde der Ovariencyste und Stieldrehung unter dem Bilde recidiv. Appendic. (Soc. des sciences méd. de Lyon.)

Lennander, Über Appendicitis und ihre Komplikationen vom chirurg. Standpunkt aus beurteilt. (Volkmanns Sammlung, 75.)

Sonnenburg, Pathologie und Therapie der Perityphlitis, Leipzig 1897.

Chognon, Über Adhaesionen des Proc. vermiform. mit den Nachbarorganen (These de Lyon.)
Mundé, Perityphlitis und Append. in their relations to obstet. et gynecology. (Med. News, 97, Mai.)
Picqué & Macé, Beitrag zum anat. pathol. und klin. Studium der App. (Ref. Centr. f. Gyn., 98, No. 41.)
Richelot, De l'appendiculite chez la femme.
Kümmell, Über recid. Perityphlitis. (Berl. klin. Wochenschr., 98, 15.)
Siegel, Mitteilungen aus dem Grenzgebiet der Medicin u. Chirurg.
Winter, Lehrbuch der gyn. Diagnostik.
Kümmell, Festschrift zur Feier des Stiftungsfests des ärztl. Ver. z. Hamb.
Einhorn, Über Perforation des Proc. verm. und des Coec. Inaug.-Diss. München.
Schlafke, Beitrag zur Casuistik der Perityphlitis. (Münch. Med. W. 1895.)
Treub, Appendicite et Paramétrite. Rev. de Gyn. et chir. abdom., 1897, No. 2.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit wurde am 3. Mai 1882 in Geisa geboren. Er besuchte dort die Bischöfl. Lateinschule und erlangte Ostern 1901 auf dem Karl Friedrichs-Gymnasium zu Eisenach das Zeugnis der Reife. Er studierte nacheinander auf den Universitäten Leipzig, Berlin, München und Jena. Im Februar 1903 bestand er in Leipzig die ärztliche Vorprüfung und leistete darauf ebendaselbst im 8. Königl. Sächs. Infanterie-Regt. „Prinz Johann Georg" No. 107 seiner halbjährigen Dienstpflicht Genüge.

Er vollendete das Staatsexamen am 3. Februar 1906, approbiert wurde er nach Erlaß des praktischen Jahres am 3. März 1906.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken der Herren:

His, Spalteholz, Fick, Kästner, Held, Hering, Siegfried, Hofmann, Garten in Leipzig;

von Leyden, Kraus, von Bergmann, König, Orth, Pels-Leusden, Michaelis in Berlin;

von Bauer, Müller, von Angerer, Kraepelin, Klein, Jesionek, Salzer, Ziegenspeck in München;

Müller, Gärtner, Riedel, Stintzing, Wagenmann, Franz, Gehrhardt, Kionka, Hertel, Jacobsthal in Jena.